様式５

　　　年　　　月　　　日

公益社団法人 山口県栄養士会会長　　様

住　所

氏　名

（会員番号　　　　　　　　　　　）

（勤務先　　　　　　　　　　　　）

（職域事業推進委員会名　　　　　　　）

**退　　　会　　　届**

今般、都合により退会したいのでお届けします。